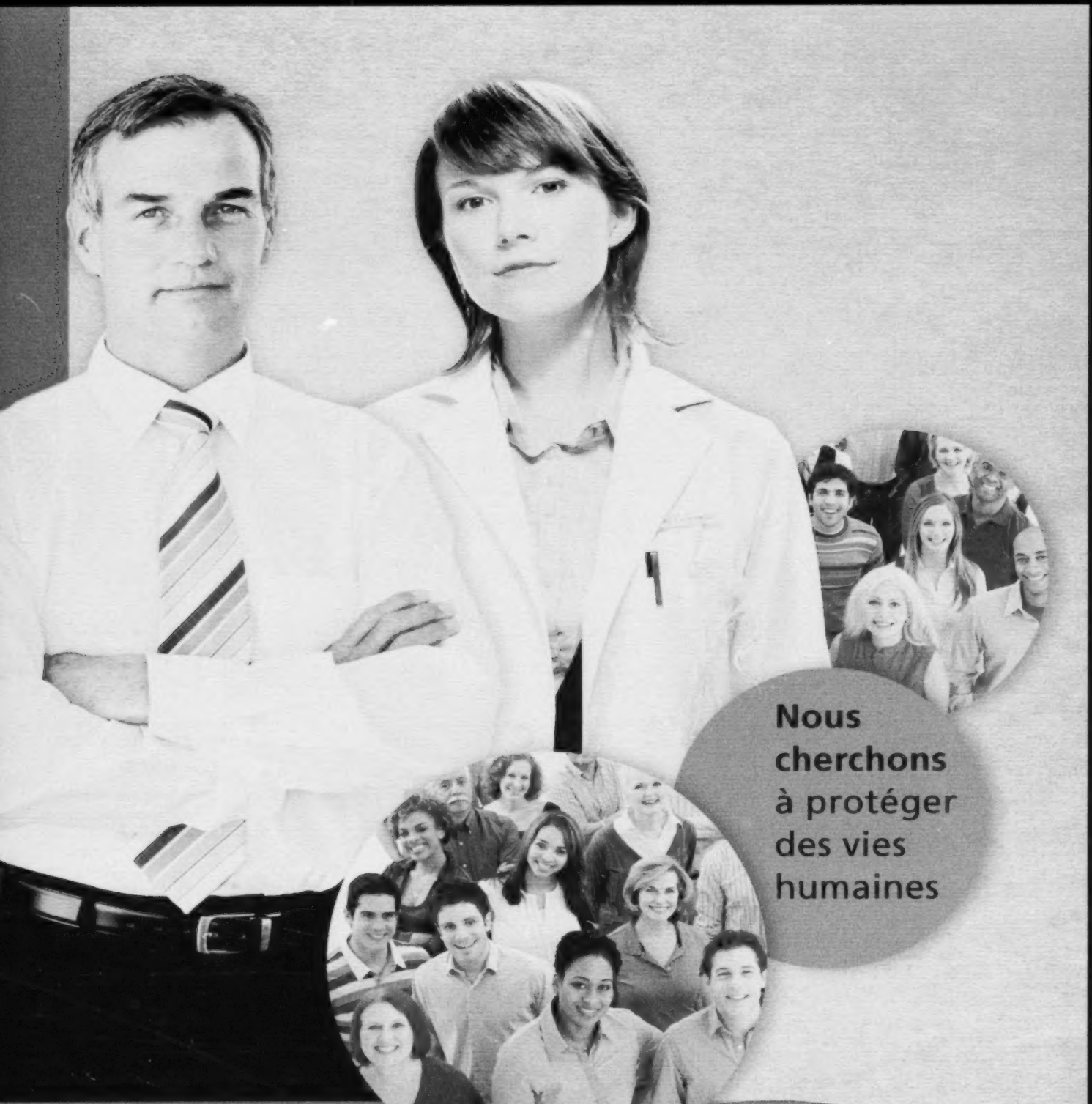


BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2013

Québec

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2013

Le contenu de la présente publication a été rédigé
par le **Bureau du coroner**

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
sur le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN 978-2-550-70031-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-70032-6 (version PDF)
ISSN 1913-245X (version imprimée)
ISSN 1913-2468 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2014

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2013.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

La ministre de la Sécurité publique,

ORIGINAL SIGNÉ

Lise Thériault

Québec, mai 2014

Madame Lise Thériault
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Madame la Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2013, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 7 février 2014.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

ORIGINAL SIGNÉ

Le coroner en chef

Me Denis Marsolais

Québec, mai 2014

TABLE DES MATIÈRES

LES INVESTIGATIONS 9

Les décès signalés aux coroners 9

Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 10

Les délais moyens en mois pour les investigations terminées en 2013, selon la catégorie d'investigation 11

Les autopsies et les examens de laboratoire 12

Quelques rapports d'investigation déposés en 2013 13

LES ENQUÊTES 15

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 15

Les enquêtes en cours au 31 décembre 2013 16

Les rapports d'enquête déposés en 2013 16

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT 19

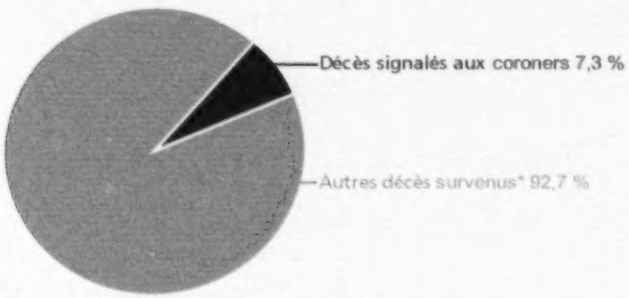
LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC 21

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

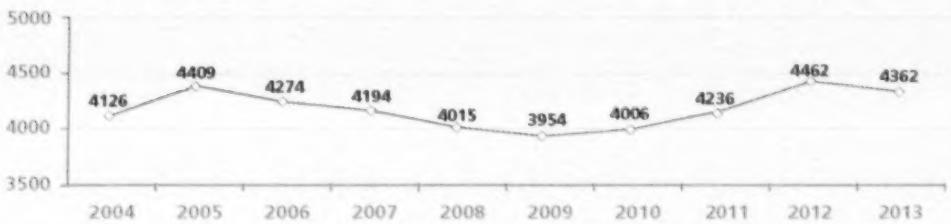
En 2013, 4 362 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,3 % de tous les décès survenus au Québec en 2013. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (78,6 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2013
sur l'ensemble des décès survenus au Québec



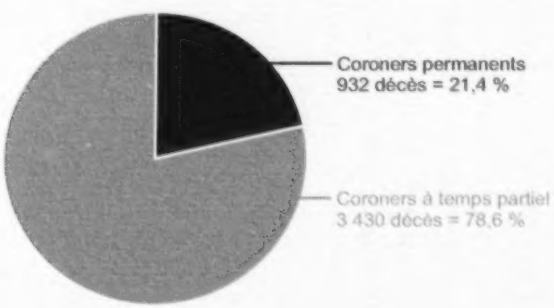
* Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2010 à 2012

Évolution des décès signalés aux coroners de 2004 à 2013*



* Un certain nombre d'avis sont transmis tardivement au coroner en chef. Les chiffres peuvent donc fluctuer.

Répartition des décès signalés entre les coroners permanents
et les coroners à temps partiel en 2013



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2013. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence, représentent la plus grande part (59,7 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (26,6 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (7,2 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,4 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2013

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 605	59,7
Causes médicales indéterminées	1 160	26,6
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	315	7,2
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	16	0,4
Autres raisons ou raison inconnue	266	6,1
Total des décès signalés	**4 362**	

LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Selon les investigations terminées en 2013 (à l'exclusion des entrées de corps et des sorties de corps pour des morts naturelles qui n'impliquent généralement que des formalités très rapides), le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ 12 mois. Cependant, comme l'indique le tableau suivant, la pratique d'une autopsie ou d'une autre expertise peut faire varier ce délai considérablement.

LES DÉLAIS MOYENS EN MOIS POUR LES INVESTIGATIONS TERMINÉES EN 2013, SELON LA CATÉGORIE D'INVESTIGATION

Sans autopsie ni autre expertise	10 mois
Sans autopsie, avec autre expertise	11 mois
Avec autopsie, sans autre expertise	13 mois
Avec autopsie et autre expertise	15 mois

Sur les 4 362 décès signalés en 2013, 1 228 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 31 décembre 2013. Il restait donc, à cette même date, 3 134 décès en cours d'investigation, soit 71,8 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation concernant les décès signalés en 2013

ÉTAT DES RAPPORTS AU 31 DÉCEMBRE 2013	NOMBRE	%
Rapports terminés	1 228	28,2
Rapports non terminés	3 134	71,8
Total des décès signalés	**4 362**	

Les investigations conclues en 2013

Un total de 4 041 investigations ont été conclues en 2013, dont 3 128 (77,4 %) par des coroners à temps partiel et 913 (22,6 %) par des coroners permanents. Le tableau suivant fait état de la ventilation de ces rapports selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours d'années différentes, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Investigations conclues en 2013 selon le type de décès

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE	%
Décès de cause naturelle	1 461*	36,2
Traumatisme non intentionnel	1 354	33,5
Suicide	1 038	25,7
Homicide	96	2,4
Décès traumatique d'intention indéterminée	63	1,6
Décès de cause indéterminée	29	0,7
Total des investigations conclues	**4 041**	

* Incluant 341 sorties de corps

LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2013.

Des autopsies ont été ordonnées pour 35,4 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 1 545 autopsies. Elles sont pratiquées soit dans des hôpitaux, soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données provisoires pour 2013 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners pour près de la moitié des décès signalés. Elles sont réalisées soit au Centre de toxicologie du Québec (qui relève de l'Institut national de santé publique), soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (3,1 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%*
Autopsie	1 545	35,4
Toxicologie	2 115	48,5
Autres expertises	136	3,1

* Les pourcentages sont calculés sur les 4 362 décès signalés en 2013.

QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2013

Distraction fatale dans le métro

Une femme de 20 ans décède d'un polytraumatisme à la suite d'une chute dans le métro, à Montréal.

Au moment où elle s'apprête à entrer dans le train dans une station de métro, la jeune femme tombe dans l'espace situé entre deux wagons, sans que personne ne s'en rende compte. Le conducteur prend conscience d'un problème deux stations plus loin et découvre le corps sur les rails. Tout porte à croire que la distraction est à l'origine de la chute.

Assurer la sécurité des usagers du métro de Montréal n'est pas simple, admet la coroner. Néanmoins, la mise en service de nouveaux trains et l'installation de portes palières en station, prévues à compter de cette année, devraient permettre, dans quelques années, de diminuer les risques d'accidents et de suicides dans le réseau du métro. En attendant, aucune mesure n'empêchera les voyageurs distraits ou téméraires de chuter malheureusement.

Décès en prison

Un homme de 47 ans détenu à l'Établissement de détention de Port-Cartier décède des complications d'une bronchopneumonie à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à Québec.

L'homme est diabétique. Il consulte au centre de soins du pénitencier pour un état grippal. Le protocole médicamenteux est instauré et un contrôle est prévu dans les 48 heures suivantes. En soirée, il se présente au centre de soins pour sa prise d'insuline. Sa démarche est titubante et il est somnolent. Il est donc gardé en observation dans une cellule au centre de soins. Le détenu se plaint de douleurs musculaires généralisées et dit se sentir faible et avoir la bouche sèche. On soupçonne un état septique ou de déshydratation. On l'hydrate et le détenu se couche. Une prise de sang est prévue le lendemain. Vers 23 h, on l'observe par le hublot de sa cellule; il parle avec cohérence et se repose.

Au matin, l'homme est difficile à réveiller, mais on ne juge pas la situation préoccupante. Ce n'est que vers 9 h 50, au moment où des agents viennent le chercher pour la prise de sang, qu'on se rend compte qu'il respire de façon anormale. Les secours sont appelés. L'homme est transporté par ambulance à l'hôpital d'où, devant la gravité de son état, il est transféré à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Il y décède trois jours plus tard.

Le coroner souligne que le détenu devait être observé toutes les heures par un agent des services correctionnels, mais qu'il n'y avait aucune note au dossier médical à cet effet. Il recommande à l'Établissement de détention de Port-Cartier de faire en sorte qu'un membre du personnel médical soit présent pendant la nuit lorsqu'un détenu est admis au centre de soins en observation à des fins médicales. De plus, il recommande que le personnel infirmier de l'établissement évite de faire des notes tardives dans les dossiers, et que le responsable des soins infirmiers de l'établissement revoie fréquemment avec son personnel la directive médicale sur tous les problèmes urgents, tels que l'altération

de l'état de conscience et la suspicion d'un état de choc, qui peuvent survenir en milieu carcéral, afin d'entreprendre le plus rapidement possible le traitement approprié à la situation d'urgence et d'en faire le suivi.

N'ouvrez pas la porte aux blessures ou à la mort!

Trois personnes décèdent des suites d'accidents de vélo survenus à Montréal.

La popularité croissante du vélo comme moyen de déplacement actif commande une réflexion et des actions pressantes dans le but de protéger ces nombreux adeptes des dangers liés à la pratique du vélo sur les voies publiques. Entre autres problématiques, ouvrir la portière d'une voiture sans s'assurer que c'est sécuritaire pour autrui – cycliste ou piéton – constitue une infraction à l'article 430 du Code de la sécurité routière, dont la sanction de 30 $ est nettement insuffisante pour être dissuasive. Déresponsabiliser les automobilistes face à cet enjeu et avancer que les cyclistes n'ont qu'à se protéger quand ils circulent sur la voie publique constitueraient une aberration et une dangereuse illusion, estime le coroner.

À la lumière des nombreux enjeux à prendre en compte dans l'implantation d'une cohabitation harmonieuse, efficace et sécuritaire des véhicules motorisés et des vélos sur les voies publiques, deux coroners recommandent à la Société de l'assurance automobile du Québec de mettre au programme de ses campagnes de sensibilisation au partage de la route, un volet rappelant aux occupants d'un véhicule routier le danger d'ouvrir une portière sans s'assurer que la manœuvre est sécuritaire pour les cyclistes et les piétons, de procéder à une révision en profondeur du Code de la sécurité routière dans le but de le moderniser et de l'adapter à la réalité actuelle des déplacements actifs, d'actualiser le Code de la sécurité routière quant à la sévérité des sanctions encourues par les conduites les plus dangereuses pour les autres usagers de la route, notamment quant aux sanctions prévues pour une infraction à l'article 430 et, avec Vélo Québec, de faire la promotion du port du casque en vélo.

Ils recommandent par ailleurs à la Ville de Montréal d'identifier le plus rapidement possible les endroits dangereux pour les cyclistes (ponts et viaducs, tunnels et intersections) et d'y faire les aménagements nécessaires, comme des bandes cyclables et des sas vélo, et de planifier et compléter dans les meilleurs délais un réseau de voies cyclables permettant des déplacements actifs, efficaces et sécuritaires.

LES ENQUÊTES

L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2004	2	2
2005	3	4
2006	4	16
2007	5	5
2008	7	7
2009	4	7
2010	2	4
2011	6	8
2012	3	16
2013	3	3
TOTAL	**39**	**72**

En 2013, le coroner en chef a ordonné trois enquêtes publiques. Ces trois enquêtes étaient en cours au 31 décembre 2013. Deux autres enquêtes, ordonnées au cours des années précédentes, ont été conclues en 2013. Il est à noter que plus d'un décès peuvent faire l'objet d'une même enquête publique.

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2013

NOM / PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Leclerc, Raphaël Bébé décédé à domicile 2012-10-25	2013-02-21	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Longueuil
Brisebois, Marianne Piétonne happée par un train 2012-07-07	2013-02-20	M[e] Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Laval
Légaré, Alain Accident d'auto (conducteur) 2012-02-25	2013-09-25	M[e] Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Laval

LES RAPPORTS D'ENQUÊTE PUBLIQUE DÉPOSÉS EN 2013

Éclosion de légionellose

Quatorze personnes décèdent lors d'une éclosion de légionellose à Québec. En plus de ces 14 décès, 184 personnes ont été contaminées et parmi celles-ci, 133 ont dû être hospitalisées.

Le 18 juillet 2012, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP) est avisée d'un cas de légionellose. Dans les jours suivants, d'autres cas lui sont signalés. Il se passe manifestement quelque chose, d'autant plus que les personnes contaminées se trouvent concentrées dans un secteur de la basse ville de Québec. Le directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale (directeur) déclare l'éclosion et, ayant des motifs sérieux de croire que la santé publique est menacée, il entreprend une enquête épidémiologique.

À partir du 27 juillet, un plan d'action est élaboré. Compte tenu de la littérature scientifique portant sur le sujet, la DRSP soupçonne d'emblée que la source de l'éclosion provient d'une tour aérorefroidissante (TAR). Elle cherche donc à joindre le plus rapidement possible les propriétaires de ces tours et à informer le réseau de la santé. Le 14 août, le directeur recourt à ses pouvoirs exceptionnels et déploie un plan d'urgence. Il mobilise des experts de différents organismes, car il faut absolument trouver la source de la contamination.

Le 18 septembre, les experts identifient la souche de l'éclosion, le Pulsovar A. Celui-ci n'est présent que dans un des bâtiments échantillonnés : le Complexe Jacques-Cartier, situé dans l'arrondissement La Cité-Limoilou. Le bâtiment où se trouvent les TAR appartient à la Centrale des syndicats du Québec (CSQ). Le jour même, les ventilateurs des tours sont fermés parce que des analyses démontrent encore, malgré la désinfection et le nettoyage, la présence de légionelle.

Malgré les éclosions de légionellose survenues dans le passé, les mesures adéquates de contrôle n'étaient pas en place et les autorités de santé publique du Québec ne possédaient pas les outils nécessaires à une gestion optimale de la crise, affirme la coroner. Si le risque de survenance de ces éclosions ne peut être éradiqué, l'objectif est d'en réduire l'ampleur et les conséquences, notamment en contrôlant les sources de contamination.

La coroner recommande donc au gouvernement du Québec de clarifier les rôles de la Régie du bâtiment, du ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs et des directions de santé publique en matière de surveillance, de prévention et d'intervention lors d'une éclosion de légionellose, et de s'assurer que ces autorités ont les ressources financières et matérielles nécessaires à l'exercice de leurs mandats.

Elle recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de s'assurer qu'un seuil sanitaire de légionelle est déterminé et qu'un nombre suffisant de laboratoires sont accrédités aux fins de l'identification et du dénombrement de la légionelle. De plus, elle recommande de prévoir des mesures d'urgence et des procédures standards minimales à respecter par les intervenants de santé publique en cas d'éclosion de légionellose et de mettre sur pied une équipe de soutien à l'intervention en cas d'éclosion de légionellose pouvant intervenir auprès des intervenants régionaux et locaux et les aider à faire face à une menace à la santé publique. Elle demande également à des experts d'examiner les diverses stratégies de communication avec la population lors d'une éclosion réelle ou appréhendée de légionellose et de déterminer des lignes directrices qui pourraient servir aux directions de santé publique.

La coroner recommande en outre que le ministre du Travail encadre la conception, l'entretien et l'opération des TAR, et que la Régie du bâtiment du Québec rédige et mette à jour régulièrement des guides explicatifs sur l'entretien des TAR.

Décès lors d'une intervention policière

Un homme de 18 ans est mortellement blessé par arme à feu au cours d'une intervention policière au parc Henri-Bourassa, à Montréal.

L'homme et quelques amis sont réunis dans un parc de l'arrondissement de Montréal-Nord. Deux patrouilleurs du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) interviennent auprès du groupe, qu'ils croient en train de commettre une infraction en jouant aux dés avec de l'argent dans un parc. L'intervention dégénère entre les deux policiers et un membre du groupe, si bien que les trois se retrouvent au sol. Dans les secondes qui suivent, un des deux policiers fait feu et atteint mortellement un autre membre du groupe en plus de blesser deux de ses compagnons.

Au terme d'une enquête publique qui s'est échelonnée sur plus de cinq ans, le coroner a formulé une multitude de recommandations. Il recommande entre autres à la Direction de l'organisation et des pratiques policières du ministère de la Sécurité publique qu'un document explicatif répondant à certains critères soit ajouté dans le Guide de pratiques policières, que soient élaborés des principes d'orientation, des pratiques d'application et des considérations, du type de ceux qui s'appliquent dans les cas de poursuite policière d'un véhicule (sujet 2.1.4 du Guide de pratiques policières), lorsque les policiers désirent intervenir auprès d'une personne relativement à la commission d'une infraction pénale provinciale ou municipale ne mettant pas en danger de façon imminente la santé ou la sécurité et que cette personne et les individus qui l'accompagnent sont en surnombre par rapport aux policiers. De plus, il recommande que la direction s'assure que les corps de police ne munissent pas leurs policiers patrouilleurs d'armes à feu dont la séquence de tir après le premier tir est si rapide que, comme le démontrent les études récentes et des expériences, 3 à 8 balles peuvent être systématiquement tirées en 1 seconde ou 1,5 seconde après que la menace a cessé et avant que le policier le réalise.

Il demande également au SPVM de veiller à ce que les policiers appelés à intervenir dans l'arrondissement de Montréal-Nord reçoivent une formation relative à l'intervention auprès de personnes issues de minorités ethnoculturelles et à leur perception de la police, d'examiner la possibilité de doter ses véhicules de systèmes de localisation de véhicule par satellites Global Positioning System (GPS), de munir les policiers patrouilleurs de radios capables d'émettre et de recevoir en continu, au moyen d'une action simple plutôt que de devoir sacrifier une main durant toute l'émission et de rendre publics les indicateurs de performance du Plan stratégique en matière de profilage racial et social (2012-2014), les résultats d'évaluations externes de ce plan et les nouvelles mesures mises en œuvre.

À l'École nationale de police du Québec, il recommande de prévoir que le programme de formation des patrouilleurs inclue les situations où un policier doit intervenir lorsque son partenaire est attaqué et celles où les policiers doivent décider s'ils interviennent auprès d'un groupe d'individus, de même qu'un volet sur les distinctions à faire entre le profilage criminel, le profilage racial et le profilage social. Il recommande également de prévoir, dans ce programme, l'enseignement du désengagement jumelé à la demande de renfort comme technique à privilégier au contact physique lorsque des individus sont en surnombre et que l'intervention concerne une infraction pénale provinciale ou municipale ne mettant pas en danger la santé ou la sécurité de façon imminente, de concevoir et de diffuser auprès des corps policiers un outil de débreffage éthique incitant les policiers à rétroagir à des événements dans lesquels ils ont été impliqués en fonction des valeurs qui les ont amenés à agir comme ils l'ont fait plutôt qu'uniquement en fonction des enseignements techniques qu'ils ont reçus.

Il adresse enfin certaines recommandations au ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport et au ministre de la Santé et des Services sociaux.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, aux associations, aux ministères ou aux organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2013, les coroners ont déposé 248 rapports comportant un total de 445 recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

La liste des recommandations ne figure pas dans le présent rapport des activités des coroners, car elle est trop longue. Cependant, les recommandations formulées depuis 2001 peuvent être consultées sur le site Internet du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations des coroners en 2013

TYPE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Traumatisme non intentionnel	266	59,8
Cause naturelle	90	20,2
Suicide	56	12,6
Homicide	22	4,9
Décès traumatique d'intention indéterminée	11	2,5
Total	**445**	

LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC

FICHIER DU CORONER EN CHEF

Depuis 1986, le coroner en chef tient un fichier informatisé des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Les pages suivantes présentent le portrait des décès par traumatisme pour 2010 et 2011, en le comparant à la moyenne des années 2005-2009.

Le regroupement des décès s'inspire des grandes divisions de la 10e Classification internationale des maladies.

DÉLAIS DANS LE DÉPÔT DES RAPPORTS

La plupart des rapports de coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef. Dans les cas d'investigations en cours, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et les circonstances probables du décès. Bien que ces données soient sujettes à changer, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, leur inclusion permet de produire des statistiques annuelles plus précises que leur exclusion. Voilà pourquoi ces données sont intégrées aux bilans statistiques lorsque c'est possible. C'est ce qui explique l'ajout d'une catégorie « En cours » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, peu importe l'année du décès.

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2010, SELON LES DONNÉES À JOUR AU 7 FÉVRIER 2014

4 006 décès soumis au coroner

- 3 921 rapports déposés (97,9 %)
- 85 rapports à venir (2,1 %)

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2011, SELON LES DONNÉES À JOUR AU 7 FÉVRIER 2014

4 236 décès soumis au coroner

- 3 902 rapports déposés (92,1 %)
- 334 rapports à venir (7,9 %)

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2005-2009	NOMBRE 2010	% VARIATION 2010 / 2005-2009	NOMBRE 2011
Occupant d'une automobile	382	297	-22,3	266
Piéton	92	68	-26,1	78
Motocycliste	66	48	-27,3	45
Occupant d'un VTT	25	29	16,0	28
Cycliste	21	30	42.9	24
Motoneigiste	26	24	-7,7	23
Occupant d'une camionnette	28	16	-42,9	21
Occupant d'un véhicule agricole	5	8	60,0	8
Occupant d'un véhicule lourd	16	6	-62,5	5
Occupant d'un véhicule industriel	1	2	100,0	4
Occupant d'un autobus	1	2	100,0	1
Occupant d'un véhicule de construction	2	3	50,0	1
Autre	2	4	100,0	2
En cours	1	7		22
Total	**668**	**544**	**-18,6**	**528**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2005-2009	NOMBRE 2010	% VARIATION 2010 / 2005-2009	NOMBRE 2011
Événements entraînant la noyade et la submersion	17	21	23,5	16
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	4	9	125,0	2
Total	**21**	**30**	**42,9**	**18**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2005-2009	NOMBRE 2010	% VARIATION 2010 / 2005-2009	NOMBRE 2011
Total	**11**	**27**	**145,5**	**9**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés à des causes externes autres que le transport

CAUSE DE DÉCÈS	MOYENNE 2005-2009	NOMBRE 2010	% VARIATION 2010 / 2005-2009	NOMBRE 2011
Chute	154	173	12,3	249
Intoxication	200	206	3,0	218
Noyade*	58	52	-10,3	58
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	62	46	-25,8	57
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	43	41	-4,7	36
Complications de soins médicaux	17	16	-5,9	27
Exposition aux forces de la nature	24	43	79,2	20
Heurt par ou contre un objet	20	12	-40,0	12
Compression entre des objets	3	2	-33,3	6
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	23	14	-39,1	6
Contact avec de l'eau chaude	2	5	150,0	3
Exposition au courant électrique	7	7	0,0	3
Décharge d'arme à feu	4	1	-75,0	2
Explosion	4	0	-100,0	2
Autre	13	22	69,2	16
En cours	5	21		82
Total	**639**	**661**	**3,4**	**797**

* Décès associés au transport par eau exclus

Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2005-2009	NOMBRE 2010	% VARIATION 2010 / 2005-2009	NOMBRE 2011
Pendaison et strangulation	595	559	-6,1	549
Intoxication à des substances liquides ou solides	180	183	1,7	153
Décharge d'arme à feu	155	128	-17,4	125
Intoxication à un gaz	62	53	-14,5	58
Précipitation dans le vide	52	46	-11,5	40
Noyade	40	35	-12,5	36
Collision d'un véhicule à moteur	34	46	35,3	24
Utilisation d'un objet tranchant	30	27	-10,0	23
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	10	7	-30,0	6
Autre	7	4	-42,9	6
En cours	4	16		93
Total	**1169**	**1104**	**-5,6**	**1113**

Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

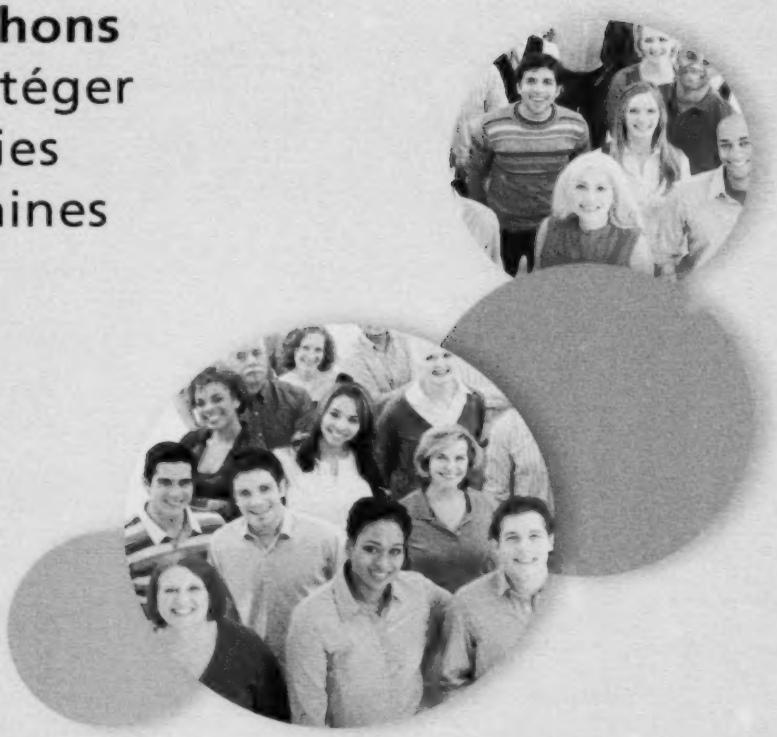
	MOYENNE 2005-2009	NOMBRE 2010	% VARIATION 2010 / 2005-2009	NOMBRE 2011
Agression par arme à feu	30	22	-26,7	30
Agression par objet tranchant	27	24	-11,1	24
Agression par strangulation	7	11	57,1	9
Agression par objet contondant	12	6	-50,0	7
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	1	2	100,0	5
Bagarre, rixe (sans arme)	6	4	-33,3	3
Autre	7	8	14,3	8
En cours	0	2		8
Total	**90**	**79**	**-12,2**	**94**

Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2005-2009	NOMBRE 2010	% VARIATION 2010 / 2005-2009	NOMBRE 2011
Intoxication	41	30	-27,0	34
Noyade	8	2	-75,0	8
Chute	5	2	-60,0	4
Pendaison	5	1	-80,0	3
Collision d'un véhicule à moteur	4	4	0,0	3
Autre	7	13	86,0	7
En cours	2	15		56*
Total	**72**	**67**	**-7,0**	**115**

* L'intention de plusieurs de ces traumatismes sera connue une fois le rapport d'investigation terminé.

Nous cherchons à protéger des vies humaines



Bureau du coroner
Québec